

به نظر می رسد نسبت به ۳۰ سال گذشته، هم اکنون پرستاران تمایل بیشتری به افشاء پیش آگهی نهایی بیماران محتضر دارند. نواک و همکاران^۱ (۱۹۷۹) الگوهای ارتباطی در حال تغییر پزشکان در رابطه با بیماران محتضر را که بوسیله سه مطالعه آمریکایی گزارش شده بود مورد بررسی مجدد قرار دادند. تعداد پزشکان که حاضر به افشاء وضعیت بیمار محتضر نبودند از ۲٪ تا ۸۸٪ متغیر بود. در مطالعه ای که بوسیله مکین تاش^۲ در دهه ۱۹۷۰ در انگلیس انجام گرفت مشخص گردید که پزشکان و پرستاران ترجیح می دهند در مورد پیش آگهی نهایی بیمار صحبتی با وی ننمایند. اخیراً دیوی^۳ (۱۹۹۰) نیز گزارش مشابهی در مورد محدودیت های اعلام وضعیت بیماران محتضر سرطانی را منتشر نموده است. گرچه بنظر می رسد نگرش و عملکرد پرسنل در این مورد در انگلستان و آمریکا متفاوت می باشد. فیلد^۴ نیز در طی سال های ۱۹۸۴ تا ۱۹۸۹ گزارش نمود پرستاران ترجیح می دهند صراحت و صداقت را در ارتباط با بیمار محتضر رعایت نمایند.

بنظر می رسد عوامل مهمی در تغییر نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با بیمار محتضر نقش دارند. نخستین عامل آن است که جزئیات روانی مرگ و فقدان در مراقبت از بیمار محتضر، جزء برنامه آموزشی پرستاران قرار گرفته است. هم چنین شواهد متعددی در مورد آموزش مهارت های ارتباطی، علوم رفتاری و مراقبت های مذهبی به پرستاران در زمان تحصیل آن ها وجود دارد. گرچه تغییر نگرش های قبلی مشکل بوده و چنین تغییراتی نیاز به حمایت همه جانبه محیطی دارد، لیکن آغاز روش های جدید در مراقبت پرستاری مانند استفاده از فرایند پرستاری، پرستاری اولیه و دیگر روش های مراقبتی در پرستاری

ارتباط با

بیماران محتضر

در بخش

مراقبت های قلبی

گردآوری:

معصومه آل سید

عضو هیئت علمی و کارشناس ارشد پرستاری

دانشکده شهید بهشتی رشت

1) Novak et al.

2) McIntosh.

3) Davey.

4) Field.

نقش مهمی در تغییر نگرش آنان بعهدہ داشته است.

تغییرات ایجاد شده در پرستاری تحت تأثیر عواملی مانند گسترش بیمارستان ها، پژوهش های انجام شده در تأثیر ارتباط با بیماران محتضر و رشد توانایی پرستاران و مداخلات درمانی در کمک به بیمار جهت طی مراحل احتضار، قرار دارد. شاید مهمترین عامل که موجب افزایش صراحت کارکنان بهداشتی شده است احساس تازه آنان در مورد بیماران محتضر باشد، که می توانند کار مفیدی برای آنان انجام دهند. حتی اگر نتوانند از مرگ بیمار ممانعت بعمل آورند، حداقل می توانند از درد و رنج بیمار بکاهند. اکنون پرستاران بطور فزاینده به این نکته اعتقاد داشته و آن را جزئی از نقش آموزشی خود بعنوان پرستار می دانند.

از دیگر عوامل مهم موثر، وجود شواهد بهتری در مورد اثرات مثبت و منفی افشاء یا اختفاء پیش آگهی بیماران محتضر به خود بیمار می باشد. منافع و مضرات نسبی این عمل را می توان بصورت زیر خلاصه نمود:

دلایل اصلی اختفاء پیش آگهی شامل موارد زیر می باشد: پیشگیری از بروز افسردگی یا دیگر اختلالات روانی در بیمار، محافظت نمودن پزشک و پرستار از بروز برخورد احتمالی، محافظت نمودن از وابستگان بیمار.

دلایل اصلی افشاء پیش آگهی بیمار نیز شامل موارد زیر می باشد: بیشتر بیماران محتضر حتی اگر در مورد شرایطشان صحبتی با آنان نشده باشد، خود می دانند که در حال مرگ می باشند، بیماران می خواهند حقیقت را بدانند زیرا به آنان اجازه می دهد خود را با شرایط وفق داده و بویژه موجب می شود ادامه حیات خود را طبق اراده خود تنظیم کرده و با دوستان و خانواده تماس داشته باشند.

اختفاء پیش آگهی، بسیاری از مشکلات پیچیده ارتباطی بیمار را حل می کند. در عین حال عدم صراحت و اختفاء حقیقت موجب می شود بیمار دیر یا زود نسبت به اینکه مطلبی از او مخفی نگهداشته می شود، مشکوک و بدگمان شود. اختفاء حقیقت همیشه از

تنهایی بیمار پیشگیری نموده و ارتباط وی با دیگران را افزایش می دهد. در نهایت افشاء حقیقت به بیمار و وابستگان او کمک نموده تا حقیقت مرگ را پذیرفته و خود را با آن تطبیق دهند.

بسیاری از تحقیقات در ارتباط با مرگ ناشی از سرطان حاکی از آن است که از دیدگاه جامعه، سرطان بیماری، هولناک و دردناک می باشد و بیماران مبتلا به سرطان نسبت به سایر بیماران مورد توجه بیشتری قرار می گیرند. گرچه تشخیص سرطان بروی بیمار و وابستگان وی غیرمنتظره و شوک آور می باشد، شرایط بیمار محتضر سرطانی ارتباط بیشتر با وی را طلب می نمایند. بنابراین زمان آن برای پرستاران فرا رسیده است تا بر اساس اطلاعاتی که از بیمار بدست آورده اند حقیقت را بیان نمایند. بعلاوه چون بیماران سرطانی به مراقبت های بیشتری نیاز دارند، ارتباط با آنان آسانتر خواهد بود.

یکی دیگر از ویژگی های مرگ های ناشی از اختلالات دستگاه گردش خون، سریع و غیرمنتظره بودن مرگ می باشد. بطوریکه مرگ یک پنجم از کسانی که بعلت بیماری های عروقی کرونر می میرند قبل از ورود به بیمارستان اتفاق می افتد بنابراین مشخص کردن وضعیت نهایی آنان مشکل تر از بیماران سرطانی است. ضمناً بیشتر بیماران در بخش مراقبت های ویژه قلبی نسبت به حضور بیماران سرطانی در بخش های سرطان، اقامت کوتاهتری دارند. بعلاوه مرگ در بخش مراقبت های ویژه قلبی کمتر اتفاق می افتد بنابراین پرستاران بخش های CCU نسبت به گسترش و رشد الگوهای ارتباط با بیماران محتضر کمتر تمایل نشان می دهند، بر این اساس مشکل پرستاران بخش CCU آن است که به بیمار اطمینان دهند که نمی میرد.

عوامل موثر بر ارتباط با بیمار محتضر در بخش مراقبت های قلبی

مهمترین عواملی که بر الگوهای ارتباط با بیمار محتضر در بخش CCU موثر می باشند عبارتند از: نوع

بسیاری از تحقیقات در ارتباط با مرگ ناشی از سرطان حاکی از آن است که ار دیدگاه جامعه، سرطان بیماری، هولناك و دردناك می باشد و بیماران مبتلا به سرطان نسبت به سایر بیماران مورد توجه بیشتری قرار می گیرند. گرچه تشخیص سرطان بروی بیمار وابستگان وی غیر منتظره و شوک آور می باشد، شرایط بیمار محتضر سرطانی ارتباط بیشتر با وی را طلب می نمایند. بنابراین زمان آن برای پرستاران فرا رسیده است تا براساس اطلاعاتی که از بیمار بدست آورده اند حقیقت را بیان نمایند.

بیماران، مراقبت هایی که برای آنان ارائه می گردد، الگوهای کار سازمان، پیشگویی طول مدت مراحل احتضار، آگاهی دادن از مرگ.

نوع بیماران

بیمارانی که در بخش های CCU بستری می شوند نوعاً جوانتر از بیماران بخش های داخلی بوده و بیشتر آنان را مردان تشکیل می دهند. بسیاری از این بیماران به محض پشت سر گذاشتن اولین بحران و بهبودی به منزل می روند، به همین علت پرستاران بخش CCU می توانند از نظر روانی وجود مرگ و میر را با تجارب موفقیت آمیز خود جبران نمایند. بویژه که می توانند ادعا نمایند هر چه از دستشان برآمده است جهت بیمار محتضر انجام داده اند. البته مرگ بیماران جوانتر دردناکتر می باشد.

وضعیت ساختاری بخش CCU

بخش های CCU از نظر ساختار فیزیکی و هم چنین سازماندهی کاری با یکدیگر تفاوتهایی دارند ولی وجه تشابه آنها وجود کادر پرستاری قوی می باشد. نسبت پرستاران به تعداد بیماران و تعداد زیادتر پرستاران آنان را قادر می سازد تا بتوانند اطلاعات کافی در اختیار بیماران قرار دهند که خود می تواند به ارتباط آنان با بیماران محتضر کمک نماید. در بخش هایی که در باره بیماران و آنچه باید در مورد شرایطشان به آنان گفته شود تبادل اطلاعات منظم وجود دارد، پرستاران با دلگرمی و اطمینان بیشتری با بیماران محتضر ارتباط برقرار می نمایند.

پیش بینی طول مدت احتضار

معمولاً بروی پرستاران تحمل مرگ هایی که در زمانی کوتاه به وقوع می پیوندد، بسیار آسانتر از پذیرش مرگ های تدریجی می باشد، مگر در مواردی که مرگ به صورت غیر منتظره به وقوع پیوندد. مرگ های سریع

ناشی از نارسایی قلبی تقریباً مشابه یکدیگر بوده اما مرگ تدریجی ناشی از نارسایی قلبی نیز ممکن است در CCU اتفاق افتد.

در مواردی که می دانیم بهبودی غیر ممکن است، تا چه مدتی باید به درمان های تهاجمی و ناراحت کننده ادامه داد؟ تعیین طول مدت فوق براساس آگاهی از مدت زمان مرگ بیمار انجام می پذیرد. بیان حقیقت و بویژه اعلام زمان مرگ بیمارانی که به نارسایی قلبی مبتلا هستند بطور قطع قابل بیان نبوده بنابراین تعیین زمان بیان حقیقت مشکل می باشد، بویژه اگر در این مورد بین پزشک و پرستار تفاهمی وجود نداشته باشد. از آنجائیکه تعامل دیگران با بیماران محتضر کاهش می یابد، بهتر است بگوئیم آنان دچار فرایند «مرگ اجتماعی» نیز می شوند البته در بخش های CCU نسبت به بخش هایی که بیماران در اتاق های جداگانه نگهداری می شوند، فرایند مرگ اجتماعی کمتر به وقوع می پیوندد.

پیش آگهی بیماری آنان اصرار می ورزند که در بخش CCU به دلیل اضطراب زیاد و نشانه های روشن و آشکار مرگ، شرایط فوق بیشتر ملموس می باشد. ممکن است بیمار محتضر قبلاً نیز سابقه بستری در بخش CCU را داشته و بنابراین با روش های کارکنان بخش آشنا بوده و به تفسیر در روند مراقبتی آنان و حضور طولانی تر پرستاران در کنار خود توجه نماید. بنابراین در مورد این بیماران عدم بیان صریح حقیقت، مشکل می باشد.

البته به نظر می رسد بیشتر بیماران محتضر در نهایت از شیوه دیگری بجز بیان غیر صریح آگاه می شوند. عدم بیان صریح ممکن است در شرایطی به بیان مشکوک تبدیل شده که بر ارتباط بیمار با پرستار و بیمار با بستگانش اثر مخرب به جای خواهد گذاشت. بیماران در چنین موقعیتی هوشیارتر می شوند. در روش تظاهر، همه بیماران حقیقت مرگ را انکار می نمایند و آن را به آینده موکول نموده و مرتباً در مورد سلامتی صحبت می کنند. این موقعیت ممکن است مشکلات مربوط به ارتباط بیمار را حل نموده و احتمالاً به پذیرش یا تطابق منتهی گردد.

ارتباط با بیمار ممکن است به سوی بیان صریح تغییر نموده که روش ارتباطی ترجیحی بین بیمار و پرستار می باشد. در این طریق، حقیقت مرگ بخوبی شناخته شده است و بیماران در تصمیم گیری در مورد روش های مراقبتی خود سهیم می باشند که موجب کاهش مسائلی مانند اجتناب ورزیدن، طفره رفتن، انکار نمودن و دیگر مشکلات دفاعی می شود.

منابع بروز مشکل در ارتباط با بیماران محتضر
مهمترین بخش از مشکلات پرستاران در ایجاد ارتباط با بیماران در حال مرگ را می توان به سه دسته تقسیم کرد:

- ۱- بیماران و بستگان آنها.
- ۲- خصوصیات فردی پرستاران.
- ۳- موقعیت کاری پرستاران.

بیمارانی که در بخش مراقبت های ویژه بستری و در حال مرگ هستند عموماً حالتی غمگین، اندوهگین، دلتنگ و عصبانی داشته و در بعضی موارد همکاری خود را دریغ می کنند. این مسئله حائز اهمیت است که پرستار بروز چنین عکس العملی را در بیماران عادی تلقی کرده و به درخواست های وی توجه نماید. شخصیت فردی نزدیکان و بستگان بیمار نیز بر نحوه برخورد پرستار با بیمار تاثیر دارد.

آگاهی و ارتباط در مورد مردن

تعدادی از پژوهش ها گزارش کرده اند که کیفیت ارتباط بین پرستاران و بیماران به شدت تحت تاثیر کیفیت مراقبتی قرار دارد که جهت بیمار ارائه می گردد. پژوهشگران، چهار وضعیت خاص دادن آگاهیهای لازم جهت مرگ به بیماران را بر شمرده اند:

- عدم بیان صریح
- بیان مشکوک
- تظاهر کردن
- بیان صریح

عدم بیان صریح: در موقعیت هایی که پرستار (ووابستگان بیمار) می دانند که وی مراحل آخر زندگی خود را طی نموده اما بیمار چیزی نمی داند و مشکل آن است که در این روش بیمار به «مرگ اجتماعی» مبتلا می گردد. گرچه بیشتر بیماران خود علائم مرگ را شناخته، با این وجود خانواده آنها بر پنهان کردن

بیماران و بستگان آنها

یکی از تأثیرات مهم بستگان بیمار در بیمارستان، مشغول کردن بیماران می باشد. در مواردی که بیمار در بخش مراقبت های ویژه بستری است، بیمار به یکباره و بطور غیرمنتظره فعالیت های قبلی خود را از دست داده و دچار حالت انفعالی شده و به کارکنان بیمارستان متکی خواهد بود. در چنین موقعیتی برخی از بیماران نسبت به کسب اطلاعات در مورد خود اجتناب می ورزند. ایجاد ارتباط با این بیماران از جمله روش هایی است که پرستاران می توانند به خصوصیات فردی و رفتاری بیماران پی ببرند. بطور مثال، کلی^۱ (۱۹۸۴) نشان داد که رفتار بیمار، طرز تلقی او و عوامل اجتماعی، خوب یا بد بودن بیمار را تحت تأثیر قرار می دهند. در بررسی شخصیت بیماران مشاهده می شود که بیماران خوب از درجه همکاری بالا، تأثیرپذیری، متابعت از ضوابط و مقررات و روحیه ای شاد برخوردار هستند که خود نقش موثری در بهبودی آنها دارد.

بیمارانی که در بخش مراقبت های ویژه بستری و در حال مرگ هستند عموماً حالتی غمگین، اندوهگین، دلتنگ و عصبانی داشته و در بعضی موارد همکاری خود را دریغ می کنند. این مسئله حائز اهمیت است که پرستار بروز چنین عکس العملی را در بیماران عادی تلقی کرده و به درخواست های وی توجه نماید. شخصیت فردی نزدیکان و بستگان بیمار نیز بر نحوه برخورد پرستار با بیمار تأثیر دارد.

پرستاران

پرستاران اغلب نسبت به چگونگی پاسخ دادن به سوالات بیماران محتضر نگران و بیمناک هستند. چنین دلهره هایی ممکن است ناشی از شخصیت فردی پرستاران، شرایط محیط کار، نگرش و اعتقاد آنها در مورد چگونگی ارتباط با بیماران و نگرش ها و باورهای آنان در باره مرگ و مردن باشد. پرستاران علاوه بر

ارتباط با بیماران از مهارت ها و روش های ارتباطی دیگر در برخورد با مردم بهره مند هستند که شخصیت فردی پرستاران را تشکیل می دهد که خود یقیناً بر نحوه ارتباط با بیماران تأثیر می گذارد. در صورت عدم وقوف پرستار بر نقش خود در ارتباط با بیمار، ممکن است عقاید و نگرش های سابق خود را حفظ نماید. همچنین ممکن است در پاسخ به بیماران، پرستار دچار نوعی هیجان و یا خونسردی شده تا از استرس بیش از اندازه خود پیشگیری نماید و به همین علت است که سعی می کند ارتباط خود را با بیمار در حال مرگ محدود کرده و صرفاً در مورد موضوعات مربوط به بخش صحبت نماید.

موقعیت کاری پرستاران

موقعیت کاری پرستار از عوامل موثر و یا حتی تنها عامل موثر در شکل گیری ارتباط وی با بیمار محتضر محسوب می شود و این ارتباط به صورت وسیع و گسترده تحت تأثیر نقش پرستاران می باشد. ارتباط پزشک و پرستار نیز بر ارتباط بیمار محتضر و پرستار تأثیرگذار می باشد، بویژه در مواردی که پزشکان تعیین کننده مقررات ارتباط با بیمار محتضر بوده و پرستاران مجاز به هیچ نوع اعمال نظری در این مورد نیستند. در برخی از بخش های مراقبت ویژه، هم صحبت شدن با بیمار، جزیی از کار پرستاری محسوب نمی شود در حالی که اهمیت این کار کمتر از اهمیت مراقبت از جسم نمی باشد. ایجاد ارتباط مستلزم آن است که تمامی اعضای تیم مراقبتی بیمار از وی شناخت مشابهی داشته باشند. بنابراین اهمیت روش کار سازمان نه تنها اعمال صراحت و درک ارتباط را سهولت می بخشد، بلکه به پرستاران نیز در ایجاد ارتباط کمک می نماید.

ارتباط با بیماران محتضر^{۱۵}

روش های ارتباط با بیماران محتضر شامل موارد

1) Kelly.

بیمار، به آنچه که ذهن بیمار را مشغول نموده است پی برده، به سوالات آنان پاسخ گفته و اگر قادر به پاسخگویی به سوالات بیمار نیستند به وی اجازه دهند با سایرین ارتباط یابند. بیمار مجموعه ای از دلهره و نگرانیها است که می توان آنها را شناخت و نسبت به حل آنها اقدام نمود. شناخت مستقیم و گفتگو در مورد چنین موضوعاتی پرستاران را قادر می سازد تا بیماران را از این اضطراب رها سازند.

در نهایت باید گفت هیچ فرمول خاصی بر روی ایجاد ارتباط قابل استفاده جهت کلیه بیماران وجود ندارد و این باور گمراه کننده «ارتباط مطلوب و مرگ ایده آل» باید مردود گردد. بویژه اگر این ارتباط برای کاهش صحبت با بیماران مورد استفاده قرار گیرد، پرستاران حتی در صورت ایجاد ارتباط مطلوب نباید اجازه دهند که نگرانیهای بیمار موجب خودداری وی از صحبت کردن شود. در ایجاد ارتباط، پرستاران باید بیماران را درک نمود، با آنان صادق بوده و به آنان اجازه داد تا مسائل و نگرانیهای خود را بازگو نمایند. زیرا اجازه بیان احساسات بسیار مهم تر و کارآتر از محروم ساختن آنان از ابراز مسائل و مشکلاتشان است.

منبع:

- 1) Field, D. "Communication with dying patients in coronary care units". Intensive and critical care nursing, vol.8 NO:1992,pp:24-32.
- 2) Kemper, J. B. "Therapeutic listening". Journal of psychosocial nursing, vol,7, NO:1993.
- 3) Bolander, verolyn, B. Sorensen and luckmann.s. Basic nursing. A psycho physiologic approach, philadelphia: The W.B.Saunders company.1994.

ایجاد ارتباط مستلزم آن است که تمامی اعضاء تیم مراقبتی بیمار از وی شناخت مشابهی داشته باشند.

زیر می باشد:

۱- پرستاران متانت و آرامش خود را حفظ نموده و احساس مطلوب خود را به بیمار القاء نمایند. وجود چنین آرامش خاطری بستگی به استفاده موثر از روش های غیرکلامی دارد. بولاندر^۱ (۱۹۹۴) در مورد ارتباط غیرکلامی می نویسد: ارتباط غیرکلامی همان زبان احساس است که بدون استفاده از کلمات و با استفاده از حرکات و اشارات بین افراد برقرار می شود. استفاده از این روش به آرامش بیمار افزوده و اضطراب وی را کاهش می دهد.

۲- پرستار باید در ارتباط با بیمار رک و صریح بوده و از ترس و نگرانی وی واهمه نداشته باشد. در این شرایط ممکن است بیمار تصور نماید که به نگرانی های وی بها داده نمی شود. کمپر^۲ (۱۹۹۳) در این مورد می نویسد: روش های ارتباط با بیمار شامل تماس چشمی مداوم، توجه به موقعیت، رعایت فاصله مناسب جهت گفتگو، پاسخ گفتن با تغییر حالات صورت، استفاده از اسماء و اشاره و پرسش سوالات مناسب می باشد.

پرستاران نباید ادعا کنند که احساسات و نگرانیهای بیمار را درک می کنند زیرا امری غیرطبیعی می باشد و حتی در مواردی که پرستار به راحتی قدرت درک بیمار را داشته باشد، نباید عبارت «می فهمم» را به زبان آورد، زیرا این امر موجب می شود بیمار از ادامه سخن بازماند.

۳- پرستاران باید با گفت و شنودهای ساده خود با